SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 16 y 36 minutos.)

-La Comisión de Salud Pública ha comenzado a abordar el proyecto de ley relativo a la interrupción voluntaria del embarazo y en su primera sesión, llevada a cabo la semana pasada, resolvió cursar invitación a todas aquellas delegaciones que tuvieran representatividad en diferentes temas. En el día de hoy tenemos mucho gusto en recibir al Subsecretario del Ministerio de Salud Pública, doctor Leonel Briozzo y al doctor Fernando Rovira, representante de la Asesoría Jurídica del Ministerio, para que nos den su opinión sobre el proyecto de ley que tenemos a consideración.

SEÑOR SUBSECRETARIO.- Buenas tardes a todos, realmente es un honor comparecer ante los señores Senadores.

Estuve tratando de sacar cuentas y creo que esta es la cuarta vez que venimos al Parlamento a abordar este tema. Desde hace diez años estamos trabajando en la materia y lo hacemos desde diferentes lugares, que podríamos circunscribir en tres grandes ámbitos. El primero de ellos es el académico, pues soy profesor titular de Ginecotocología y actualmente dirijo la Clínica Ginecotocológica A. Como los señores Senadores saben, este tema involucra notoriamente a la academia, básicamente por lo que implica la interrupción voluntaria del embarazo como uno de los problemas de salud más importantes que tienen las mujeres en todo el mundo. De ahí, pues, la importancia de la atención ginecotocológica para llegar a una resolución adecuada de la problemática.

El segundo ámbito es el de la sociedad civil. Hace diez años fundamos y dirigimos durante algún tiempo una sociedad civil llamada Iniciativa Sanitaria, que desarrolló una estrategia original para disminuir el riesgo del aborto inseguro. Esto fue algo original en el mundo y tuvimos la oportunidad y el privilegio de llevarla a la práctica, así como de lograr, en conjunto con otras políticas públicas que se llevan adelante desde hace mucho tiempo, una disminución muy marcada de la mortalidad materna por aborto en el Uruguay. Si bien sobre este punto me voy a referir más adelante, quiero decir que en el año 2004 -cuando era Presidente el doctor Jorge Batlle, y el doctor Conrado Bonilla se desempeñaba como Ministro de Salud Pública- nuestro país tuvo un punto de inflexión con relación a este tema. En ese momento se aprobó la Ordenanza Nº 369/04, de Iniciativa Sanitaria contra el aborto provocado en condiciones de riesgo, que significó un avance realmente excepcional en el tema de la salud pública a nivel mundial. Hoy, no solo en América Latina, sino en África, Asia y en algunos países europeos que han despenalizado el aborto -como, por ejemplo, Irlanda- están atentos a cómo funciona este sistema y a los resultados alcanzados. Creemos que esto es algo muy importante.

Actualmente -y este sería el tercer ámbito- me desempeño como Subsecretario del Ministerio de Salud Pública y el titular de la Cartera me encargó que concurriera a este ámbito a brindar la opinión del Poder Ejecutivo sobre el tema. Para vuestra tranquilidad y la mía debo decir que no hay contradicción entre el enfoque académico, el de la sociedad civil y el del Poder Ejecutivo, más que los énfasis. Pensamos que la función principal del Poder Ejecutivo es hacer que se cumplan las leyes e informar nuestro parecer sobre los proyectos de ley, aunque elaborarlos es tarea de ustedes y no nuestra.

Seré extremadamente breve porque entiendo que lo más productivo es avanzar en la discusión y el intercambio con ustedes. Voy a remarcar tres aspectos. El primero de ellos es conceptual. Todos los proyectos en los que se plantea avanzar -cuando digo “todos” estoy hablando genéricamente aunque podrá haber alguna excepción, pero no es el caso del proyecto de ley en cuestión- para que la mujer, consciente, de manera libre, responsable e informada resuelva la interrupción de un embarazo, se agrupan en proyectos beneficiosos para la salud física, psíquica y social de la mujer. No hay experiencia reconocida por la que este tipo de proyectos, esta liberalización de la interrupción del embarazo, haya generado problemas en la salud pública. Por el contrario, hay enormes evidencias que demuestran lo contrario en el sentido de que, generalmente, cuando estas

iniciativas son llevadas adelante inciden en un mejoramiento de la salud de la mujer desde el punto de vista integral, en lo que tiene que ver con enfermedades físicas, psíquicas y sociales que pueden provocar la interrupción clandestina del embarazo. No nos referimos al tema de la mortalidad porque desde hace cuatro años aquí no se produce ninguna muerte materna por aborto inseguro; como dije anteriormente, Uruguay es el único país en el mundo en este sentido.

En segundo lugar, hay un aspecto que nos parece fundamental a la hora de visualizar el tema de la salud pública y es que, generalmente, cuando se procesa un proyecto de ley de despenalización del aborto, de interrupción voluntaria del embarazo, el número de los abortos disminuye francamente. En general, aumenta el primer año -porque aumentan los registros que antes estaban ocultos- pero con la instauración de la política disminuye significativamente; esto pasa a nivel mundial, está documentado, pero cinco, seis o siete años después se logra una meseta que se sitúa en un tercio menos de lo que estaba al inicio de la puesta en práctica de la medida. Para nosotros este es un elemento fundamental porque cuando se plantea que es una política pro aborto, definitivamente debemos decir que desde el punto de vista epidemiológico no lo es porque está probado a nivel mundial que es prácticamente la única estrategia para disminuir el número de abortos.

En tercer término, voy a plantear cómo se puede amalgamar este proyecto con la situación actual. A partir de la Ley Nº 18.426 votada y promulgada el 1º de diciembre de 2008 Uruguay tiene un marco jurídico único a nivel mundial. Somos el único país del mundo que, a pesar de tener una ley muy antigua, de 1938, respecto a la penalización y criminalización del aborto, se adscribe a todos y cada uno de los compromisos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994. Esto es algo digno de plantear para que figure en la versión taquigráfica y se difunda, porque el Uruguay, a pesar de criminalizar el aborto, prevé un mecanismo jurídico y sanitario por el cual una mujer en situación de aborto cumple con lo estipulado en el numeral 8.25 de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo, que dice que toda mujer que curse un embarazo no deseado, independientemente de las circunstancias legales que tuviera en su país, tiene derecho a un aconsejamiento digno y de calidad humana. Debo decir, con orgullo, que en el Uruguay esto lo hemos logrado. Hoy esto existe en nuestro país y está involucrado ya en todo el Sistema Nacional Integrado de Salud. Fue una tarea muy larga, muy difícil, con muchas incomprensiones desde muchos lugares, algunos de ellos inusitados. Sin embargo, se logró la aprobación de la Ley Nº 18.426 y el veto impuesto por el entonces Presidente, doctor Tabaré Vázquez, al Capítulo IV no abarcó el Capítulo I donde se manejaban estas consideraciones. Nosotros, en el actual período de Gobierno tomamos esa situación, que había quedado un poco silente al finalizar el Gobierno anterior ya que no se había tomado conciencia de la importancia que tenía esto desde el punto de vista sanitario. Con el advenimiento del Gobierno del señor Mujica tomamos este tema con el entonces Ministro Olesker, reglamentamos esa ley relativa a los servicios de salud sexual y reproductiva e hicimos una guía de práctica clínica para implementar esos servicios. Hoy estamos en pleno desarrollo de una red de servicios de salud sexual y reproductiva a nivel público y privado en todo el territorio nacional: contamos con más de cuarenta servicios ya instalados en todo el país y esperamos finalizar, a principios de marzo, con servicios multidisciplinarios en todas las instituciones, integrados por ginecólogo, obstetra, partera, psicólogo y enfermería universitaria que den cuenta de este motivo de consulta: la interrupción del embarazo, en el contexto de todos los motivos vinculantes con la salud sexual y reproductiva que las mujeres pueden tener a lo largo de su vida. De manera que se ha avanzado mucho y ese es el fundamento de la situación privilegiada que tenemos en el Uruguay con respecto al tema.

El último punto al que quería referirme tiene que ver con algunos aspectos puntuales del proyecto de ley que tuve oportunidad de estudiar, sobre los que creo que sería adecuado poder conversar y discutir para que, finalmente, los señores Senadores resuelvan según su leal saber y entender.

En primer lugar, en el segundo inciso del artículo 1º sobre derecho de la mujer, se establece: "No se aplicará dicho plazo si el embarazo fuera producto de una violación, acreditada con denuncia judicial e intervención de médico forense". Este aspecto ha sido muy discutido en la jurisprudencia internacional e, incluso, de la región. En la mayoría de los lugares del mundo no se exige a la mujer que ha pasado por la experiencia traumatizante de una violación que tenga que certificar judicialmente esa violación, porque más del 80% de las veces el violador es alguien conocido por ella; no es un desconocido que la sorprende en la calle, sino que muy frecuentemente convive con ella. Esta

situación de tener que denunciar judicialmente al violador la pondría muchas veces en mayor riesgo. Entonces, creo que este es un punto que habría que revisar porque no estaría siendo comprensivo de la situación real por la cual la inmensa mayoría de las violaciones se dan en el ámbito intrafamiliar, en nuestro país, en la región y en el mundo.

La segunda disposición que quería comentar con los señores Senadores es el artículo 5º, que refiere al consentimiento de los menores de edad. El primer inciso de esta norma comienza diciendo: “En caso que la interrupción del embarazo sea solicitada por una mujer menor de edad no emancipada…”. Jurídicamente no puedo opinar al respecto, pero desde el punto de vista gineco-obstétrico en particular y de la medicina en general, este es un concepto atrasado. Actualmente, cuando atendemos a adolescentes nos manejamos con el concepto de la madurez progresiva del adolescente, que es lo que reconoce la Conferencia Internacional de Derechos del Niño. Muchas veces una adolescente es madura mucho antes de lo que su edad biológica puede indicar, y es el equipo de salud multidisciplinario -por supuesto, no solo el ginecólogo, sino fundamentalmente especialistas en salud mental- el que puede atribuir esa capacidad de madurez en la decisión. A modo de ejemplo, a una adolescente que a los 13 años consulta en un servicio de salud solicitando anticoncepción porque va a comenzar sus relaciones sexuales y quiere estar protegida no hay que hacerle ninguna pericia para saber si es madura o no, porque lo es mucho más que mujeres de mucha más edad que no lo hacen. Entonces, este concepto nos parece muy importante y creemos que involucrar en este caso al Juez competente es un obstáculo que no corresponde, ya que en el propio escenario de la salud esto puede ser resuelto sin participación judicial.

Por otro lado, como señalé anteriormente con respecto a la violación, estas jóvenes -muchas veces niñas- que solicitan consulta hoy, en el año 2011, con la ley que penaliza, lo hacen por situaciones de violencia que vivieron en su ámbito familiar, ya sea de parte de su padre biológico, su padrastro social, sus hermanos o abuelos. No voy a realizar un discurso demasiado prolongado porque creo que los señores Senadores son contestes con esto que estoy señalando. Si introdujéramos la necesidad de un apoyo judicial a esta situación muchas adolescentes se verían en el trance de tener que hacer una denuncia y ponerse en mayor riesgo todavía del que les puede representar un aborto, de menor riesgo, como el que hoy existe en nuestro país.

El tercer comentario que quisiera realizar tiene que ver con el Capítulo II del proyecto de ley. En el primer parágrafo del artículo 9º, sobre obligación de los servicios, se plantea lo siguiente: “Todos los servicios de asistencia médica, tanto públicos como privados habilitados por el Ministerio de Salud Pública, tendrán la obligación de realizar la interrupción voluntaria del embarazo a las usuarias que lo requieran en las hipótesis previstas en esta ley,”. Quiero destacar que esta formulación no se adecua al avance científico y tecnológico actual. No es el servicio, ni el médico, ni la partera, ni ningún profesional el que le realiza a la mujer el aborto. Sucede que con el advenimiento de fármacos que producen el aborto, las evidencias científicas son otras y han pasado por arriba de lo otro. Actualmente, tanto en el Uruguay como en el mundo entero, el método seguro para la interrupción del embarazo hasta las doce semanas tiene que ver con el uso de fármacos autoadministrados por la mujer. A estos efectos se utiliza la mifepristona, que se llama RU 486, compuesto originalmente creado con la misión de provocar el aborto, y el misoprostol -que es mucho más popular en nuestra región- que provoca contracciones en el útero y la expulsión del embrión, siendo muy segura y efectiva su utilización hasta las doce semanas. Esto hace que se haya dado en la historia de la humanidad una revolución tecnológica, ya que es la primera vez en la historia de nuestra especie que la mujer, de manera autoadministrada, sin la participación de terceros, de manera segura y basada en evidencia científica, puede interrumpir un embarazo. Esta es una decisión de la mujer, y el servicio de salud, en todo caso, lo que tendría que cambiar con relación a la situación actual, sería extender la prescripción del misoprostol en los casos que así estuviera planteado por decisión de la paciente y no hubiera contraindicaciones para ello.

En ese mismo artículo, se expresa: “Ante la eventualidad de que algún integrante del personal médico o de salud se excusara por razones fundadas de participar en dicho procedimiento”. Nosotros creemos que la expresión “se excusara” es una formulación muy vaga. La excusa se denomina objeción de conciencia y no puede ser hecha de manera graciosa y liberal, sino que tiene que ser fundamentada desde el punto de vista racional, ético y técnico y, además, debe ser universal en ese profesional, es decir que no lo puede hacer en ninguna situación. Digo esto porque hay tristes experiencias en otros países, por ejemplo en España, que con el advenimiento de la despenalización del aborto muchos ginecólogos practicaban la objeción de conciencia de mañana, en el hospital público

y de tarde se enriquecían haciendo abortos en sus clínicas privadas. Por lo tanto, este tema es de particular importancia y no creemos que la expresión “se excusara” refleje exactamente la situación que tiene que plantearse como derecho de los profesionales que, en lo personal estoy de acuerdo con que debe ser así.

En cuanto al artículo 10, allí se establece lo siguiente: “Las instituciones, previstas en el presente capítulo, garantizarán a sus usuarias el acceso gratuito y permanente a la interrupción voluntaria del embarazo en las condiciones establecidas en la presente ley.” Esta disposición se relaciona con el artículo 9º, porque la institución no le realiza el aborto.

Para finalizar, quisiera realizar este último comentario que quizás sea lo más pertinente de mi aporte a esta Comisión. El sistema de salud uruguayo hoy ya prevé la hipótesis de trabajo en la cual se despenalice el aborto, independientemente de lo que opine un servidor o el Ministro y no sería ningún cambio dramático incluir la despenalización del aborto en los actuales servicios. Insisto en que hoy ya tenemos lo más importante que son los profesionales y los equipos de salud capacitados, entrenados y controlados en su mayor volumen para poder atender los requerimientos de las mujeres que puedan consultar por interrupción voluntaria del embarazo. En la actualidad, tenemos una guía de práctica clínica propia hecha por nosotros mismos en el Uruguay, lo que implica que ante este motivo de consulta, se deben buscar las causas, acompañar a la mujer y proveer información, si es que quiere cambiar de opinión. Esto ya lo sabemos, se ha adquirido como un conocimiento sólido. Es más, en base a esta experiencia, en el año 2008 tuvimos el honor de ganar el Premio Nacional de Medicina y otros premios internacionales. Hoy, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia está tomando la estrategia uruguaya -así la denominan, lo que es motivo también de honor para el ámbito académico nacional- para difundirla en todo el mundo. Esto demuestra que tenemos una experiencia acumulada.

Nosotros creemos que la despenalización lo único que cambiaría sería que se podría facilitar la medicación para interrumpir el embarazo a las mujeres que hoy tienen que ir a buscarlo al mercado clandestino, a las farmacias donde se especula comercialmente o a las redes de mujeres amigas o conocidas que se lo pueden dar. Todos estos medios no formales se podrían formalizar y se generaría una situación de más tranquilidad para la mujer y de mayor paz para la sociedad, entendiendo que -según nos ha demostrado nuestra propia experiencia- todos estos procesos de liberalización disminuyen el número de abortos, en lugar de aumentarlos. Nuestra experiencia muestra que casi el 25% de las mujeres que consultan por esta causa en nuestros servicios en el Uruguay desestimulan la interrupción del embarazo y continúan con el mismo, a diferencia de lo que podría pensarse en cuanto a que se trata de una política en pro del aborto.

Siempre digo que en el tema de la vida no damos la derecha a nadie y que este planteo es profundamente acorde con las obligaciones éticas que tenemos como profesionales de la salud y como integrantes del ámbito académico. Además, desde el punto de vista del Poder Ejecutivo, sin duda estamos preparados para la eventualidad de que esto se apruebe y no se generaría ninguna situación crítica, cosa que sí podría haber sucedido antes de que se implementaran los servicios.

SEÑOR ROVIRA.- Hay algunos aspectos que considero importante señalar y uno de ellos es el contenido de la Exposición de Motivos, relativo a una posición doctrinaria de la doctora Mariana Blengio, con relación a que a partir de la vigencia de la Ley Nº 18.426, sobre Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, en forma tácita estaría derogada la penalización del aborto. Me parece importante mencionar esto porque es una posición que se funda en una norma del derecho, fundamentalmente en la obligación que tiene el Estado de garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de la población. A partir de ahí, si bien no se incluye expresamente la despenalización del aborto, sí se asegura y legitima el derecho al asesoramiento de que hablaba el profesor Briozzo para la maternidad segura, así como la proyección de medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo. Esto hay que tenerlo en cuenta porque es una ley que está vigente y la interpretación del texto legal -además de tener en cuenta la jerarquía de quien la realiza- se ajusta a los términos de la ley y es absolutamente racional y compartible.

Por otro lado, quiero mencionar algunos aspectos que tienen que ver con el propio proyecto de ley que considero habría que armonizar, fundamentalmente en lo relativo a las disposiciones del

Código Penal que serían derogadas y las que quedarían vigentes. Naturalmente, lo primero que hay que tener en cuenta es que el Código Penal es una ley y que, consecuentemente, esta iniciativa puede derogar disposiciones de este Código, dado que el hecho de que esté codificado no significa que tenga el mismo rango jurídico que tendría esta ley, en caso de que la iniciativa prosperara. En la medida en que únicamente se deja vigente -de acuerdo a lo que analizábamos- la disposición del artículo 325-TER, los otros, cuya derogación no se establece a texto expreso, deberían armonizarse con la eliminación del artículo 325 y el 325-bis porque se produce un desfase, lo que hace necesaria la armonización del texto.

También me parece importante señalar que cuando en el artículo 1º se establece que no se aplicará el plazo de las primeras doce semanas para la interrupción voluntaria del embarazo, habría que incluir el caso del aborto terapéutico donde no hay una edad gestacional mínima, es decir, habría que equipararlo a las situaciones en las que se puede sobrepasar ese límite de las doce semanas de gestación para que se produzca el aborto voluntario.

Otro aspecto que debemos analizar -porque cuando se elabora una ley, se debe prever la posibilidad de una aplicación que alcance el objetivo deseado- es todo lo que tiene que ver con la intervención de los Jueces en la autorización, en aquellos casos de menores de edad o incapaces declarados judicialmente. Nosotros sabemos, porque la historia lo dice, que muchas veces cuando cambiaron determinadas causales en materia de divorcio, era muy frecuente que los Jueces, por objeción de conciencia con sus fundamentos, se excusaran de actuar pero, como consecuencia de la actitud del Juez, el expediente judicial seguía un tracto procesal que determinaba -conocemos los tiempos de la Justicia- que la realización efectiva del Derecho se dilatara, prácticamente, *sine die,* porque el expediente pasaba de un Juez a otro y este último podía volver a excusarse; de modo que no sólo hay que contar el trasiego que implica pasar de un Juzgado a otro, sino todo el tiempo que insume ese procedimiento que puede llegar a ser incompatible con el plazo máximo establecido para proceder al aborto voluntario.

Si bien en el día de hoy no tengo para hacer un planteo concreto sobre el tema, lo manejo con preocupación porque sabemos que los Jueces son la garantía final de la aplicación del Derecho. Sin embargo, en este caso concreto estamos hablando de un plazo muy exiguo porque doce semanas es un período breve y pensar que eso se puede resolver por vía judicial cuando los Jueces en un asunto como este pueden abstenerse o excusarse de actuar por temas de conciencia, podría significar, en definitiva, que la disposición se tornarse inaplicable, lo que no es deseable.

Básicamente, estos son los aspectos que me parecía necesario señalar y algunos de ellos habría que perfeccionar en el texto legal. Todo proyecto es perfectible, pero en esencia habría que apuntar a esos temas.

SEÑORA XAVIER.- En primer término, quiero agradecerles por vuestra comparecencia y por las importantes precisiones que han realizado. Sin duda que hay muchas cosas que se pueden corregir en un proyecto de ley y a partir de hoy estamos comenzando a recoger todas las sugerencias.

El inciso segundo del artículo 1º sólo contiene el tema de la violación a estricto pedido de familiares de chicos con determinada patología, en la medida en que no querían que una situación tan violenta como la de la violación figurara en el mismo artículo que los temas de salud de la madre y, eventualmente, de malformaciones. Originalmente, ese aspecto figuraba como está tradicionalmente en los proyectos de ley que han contenido artículos de excepcionalidad fuera de los plazos generales previstos. Luego de analizarlo con padres y madres de esos chicos, se resolvió quitarlo del artículo 4º, que sí prevé el riesgo de vida de la mujer y las malformaciones graves incompatibles con la vida extrauterina. Tal vez pueda haber una ubicación mejor para que esa disposición quede establecida.

Sin duda que el tema de la emancipación no es un criterio que hayamos usado en otras normas aprobadas en los últimos tiempos, pero hay necesidad de afinar aspectos en la materia. Me parece muy importante la experiencia que ustedes puedan tener en la reglamentación de la Ley sobre Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos y la que establece los derechos y obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud. Entiendo que ahí hay necesidad de armonizar todos esos conceptos, independientemente del destino que tenga un proyecto de ley de esta naturaleza -

obviamente, aspiro a que sea votado nuevamente por este Parlamento y luego promulgado- y disponer de un texto que ajuste la compatibilidad de esas normas que, a mi juicio, son las que más han avanzado en la aplicación concreta del reconocimiento de los derechos progresivos de las y los adolescentes.

También quiero señalar que en los desfases -entre ayer y hoy habrán visto una cierta polémica con otro Legislador de la Cámara de Representantes- con relación al Código Penal se debe tener claro que hay momentos en los que no se compatibiliza ni se determina la simultaneidad o no de los diferentes temas en debate en el Parlamento. Tenemos como deuda la aprobación de un nuevo Código Penal, del que llegó un borrador elaborado por expertos sobre el final del Período Legislativo anterior y se supone que debería ser uno de los temas salvados por esta Legislatura. El Capítulo relativo al aborto no fue redactado nuevamente porque, de alguna manera, los expertos decían que no hay una única opinión y depende mucho del curso que tome el Parlamento con relación a su voluntad o no de modificar la ley de 1938, que comienza diciendo que el aborto es delito en todas las hipótesis. De alguna manera, hay un desfase *ex profeso.* Es un espacio que debe ser llenado en el debate de este tema y compatibilizado junto con la Comisión de Constitución y Legislación que lo tiene a estudio. Lógicamente, si bien el Código también es una ley, debe haber una armonía entre las penas previstas para los diferentes delitos cometidos. Me parecía que lo único que quedaba claro y podía tener una misma redacción, era lo que seguirá siendo indiscutiblemente delito, es decir, la interrupción provocada en contra de la voluntad de la mujer.

Estoy mostrando algunos espacios sobre los que queremos reflexionar junto con quienes tienen mayor evidencia científica y los mejores conocimientos para enriquecer el proyecto de ley.

Con relación a las mujeres declaradas incapaces, no hay dudas de que la preocupación radica en que tengan el legítimo derecho a interrumpir el embarazo y no que, como lamentablemente sabemos, en general los entornos hagan que ellas -también ocurre con los varones incapaces- en cualquier caso, no tengan descendencia. Nos parece que ese es uno de los puntos sobre los cuales debemos discutir, porque hay razones médicas, tanto físicas como psiquiátricas y de comportamiento, que en determinadas circunstancias hacen recomendable la interrupción del embarazo en personas con capacidades diferentes, pero no podemos hacer tabla rasa ya que la sexualidad de estas personas siempre ha sido un derecho violentado.

En más de una oportunidad el señor Subsecretario hizo referencia a que estos temas gozan de consensos a nivel académico, tanto nacional como regional y hasta internacional. Uno de los puntos sobre los que me gustaría que el doctor Briozzo se expresara es el de los plazos. Nuestra voluntad ha sido rescatar los consensos logrados por el Parlamento en la Legislatura anterior; si bien no somos exactamente los mismos integrantes, para nosotros es importante hacerlo. A nuestro juicio, un lapso de doce semanas es el mejor reflejo de ese consenso y no innovar nos pareció lo más adecuado, entre varios motivos, porque este Parlamento ha legislado en otros temas adoptando el criterio de la actividad encefálica o su desaparición, por ejemplo, en lo que tiene que ver con modificaciones a la Ley de Trasplante de Órganos y Tejidos. Sabemos que en el Derecho Comparado hoy se establecen plazos de catorce e, incluso, dieciséis semanas.

Por otra parte, quisiera que el doctor hiciera algún comentario sobre las malformaciones congénitas incompatibles con la vida extrauterina. ¿Cómo vamos con relación a la evidencia científica y a los plazos legales para contemplar esta situación? Me gustaría que hiciera referencia a ese tema concreto, ya que se ha dicho muchas veces que quienes impulsamos estos proyectos de ley estaríamos habilitando la práctica del aborto en cualquier circunstancia. El aborto es aquella muerte que se produce hasta el quinto mes de gestación; después, es un parto prematuro que debería inducirse por las razones médicas que indique el equipo que esté tratando a la mujer embarazada. Me gustaría saber dónde estamos ubicados con respecto a esa situación; ¿se ha mejorado?, ¿se adelantan los tiempos de diagnóstico de las malformaciones graves? Sinceramente, esta es la causa más frecuente de que tanto mujeres como hombres nos llamen -como Legisladores que somos- para ver qué se puede hacer en esas circunstancias y cuáles son los caminos posibles para que se tengan en cuenta los casos en los cuales no solo está confirmada la malformación grave incompatible con la vida extrauterina sino que, quizás, también intrauterina y el feto muera antes de culminar la gestación de nueve meses. También se da en muchas oportunidades que transcurren los nueve meses, esas mujeres tienen un parto natural pero quedan traumatizadas como para encarar otro embarazo a futuro.

Esto va de la mano con mi última duda, relacionada con un ámbito que existe a nivel del Ministerio de Salud Pública que considera una autorización o una ratificación. Me gustaría que precisaran exactamente qué hace ese ámbito que antes se llamaba “Comando contra el Aborto Criminal” -por suerte, la Administración anterior le cambió ese patético nombre- y qué mecanismos utiliza, para ver si podemos manejarnos con datos acerca de cómo se procesan esas situaciones.

SEÑOR SOLARI.- Antes que nada, quiero agradecer la visita del señor Subsecretario del Ministerio de Salud Pública, así como del Asesor Jurídico, quienes nos dan la posibilidad de obtener información de muy buena calidad y, a la vez, efectuar algún pedido de información adicional.

En primer lugar, supongo -de no ser así, pido que me lo digan- que el objetivo del Poder Ejecutivo y del Ministerio de Salud Pública sigue siendo el de disminuir los embarazos no deseados y, en el caso de las gestaciones en general, hacer lo propio con aquellas que terminan en aborto. Quiero suponer que esa es la política del Gobierno de mi país, una política a favor de la vida y de la reproducción, en una nación en que las tasas de fertilidad y de natalidad son muy bajas. No digo que las mencionadas tasas se vayan a arreglar, pero el hecho de que el 42.3% de las gestaciones terminen en aborto no contribuye ni desde ese punto de vista, ni desde lo que podría ser el efecto civilizador en la sociedad. Quiero que nuestros invitados me confirmen si esto es así, si ese es el objetivo de la política, para poder analizar el proyecto de ley desde esa óptica.

En segundo término, me gustaría saber qué evidencias tenemos sobre la despenalización del aborto. He escuchado muy atentamente al señor Subsecretario decir que en todos los casos en que hubo despenalización del aborto, se produjo un efecto de ligero aumento como consecuencia de la notificación de situaciones que antes pasaban por debajo del radar -por decirlo así- pero luego se produjo una caída muy pronunciada, a un tercio del valor original. Tengo en mi poder el texto del veto del expresidente Tabaré Vázquez, de noviembre de 2008, donde en el primer punto sustantivo afirma lo siguiente: “Hay consenso en que el aborto es un mal social que hay que evitar. Sin embargo, en los países en que se liberó, ha aumentado”. Más adelante agrega: “En EEUU, en los primeros 10 años, el aborto se triplicó y la cifra se mantiene: la costumbre se instaló. Lo mismo sucedió en España”. En función de esto y respetuosamente, quiero pedir una referencia a la mejor evidencia científica sobre cuál es el efecto: si el que dice el expresidente Vázquez en su veto o el que sostuvo el señor Subsecretario en la presentación que acaba de realizar ante la Comisión.

En tercer lugar, me gustaría solicitar también evidencia epidemiológica -por supuesto, si la hay- sobre la evolución de los abortos como consecuencia de la Resolución del año 2004 y de la política de información y acompañamiento a las mujeres que tienen dudas acerca de la continuación de su embarazo. Concretamente, me refiero a la Ordenanza Nº 369/04. Creo que sería muy importante saber con qué evidencia epidemiológica contamos desde ese punto de vista para saber si es necesario o no proceder a una despenalización del aborto o si ese objetivo de disminuir las gestaciones que terminan en aborto efectivamente el país lo está logrando por otras vías, que no son las de la discrepancia pública que, naturalmente, lleva a todo este tema.

En cuarto término quiero, al igual que la señora Senadora Xavier, confirmar algo pero en el sentido contrario a lo que expresó. Aquí tengo un modelo de feto de doce semanas que, además de tener prácticamente todos los órganos, fundamentalmente tiene tubo neural. Quiero preguntar al Ministerio, pero fundamentalmente al Subsecretario por su capacidad académica: ¿qué evidencia existe sobre el funcionamiento del tubo neural en la tercera, cuarta, sexta o séptima semana? Existen estudios científicos italianos que hablan del intercambio social intraútero entre mellizos a partir de la décima semana de gestación, lo que hablaría de una situación totalmente distinta a la aceptada tradicionalmente, sobre la base de los conocimientos que hemos tenido y que, ciertamente, mejoran todos los días. La evidencia científica nos indica que la reproducción neuronal es extremadamente rápida en las primeras semanas de gestación, lo que hace que cuando las condiciones de gestación no son las adecuadas, se produzca un retraso del crecimiento intrauterino y malformaciones que no son hereditarias pero que sí son congénitas. Planteo estas inquietudes para ver cuáles son los mejores caminos para llegar al objetivo de la política pública que es disminuir los embarazos no deseados y el porcentaje de gestaciones que terminan en aborto.

SEÑOR SUBSECRETARIO.- La respuesta la daré en tres niveles: político, académico y filosófico. Con respecto a esta última pregunta, no puede ser respondida solamente desde el punto de vista académico. Por lo tanto, me hago cargo de mis opiniones porque no sé si el Ministerio de Salud Pública, como institución, está de acuerdo con lo que voy a decir como Subsecretario pero, fundamentalmente, en mi calidad de profesor Titular de Ginecología.

Con relación a la pregunta sobre las 12 semanas, esto es lo habitual en la Legislación comparada que hemos visto en otras partes del mundo, con excepción de España que a mediados del año pasado tuvo un cambio que fue muy sonado, extendiendo a las 14 semanas el límite para la interrupción del embarazo. Creo que, definitivamente, con esto se procuró provocar el menor riesgo materno, por sobre el desarrollo fetal. No existe un motivo para hacer una diferencia, desde el punto de vista biológico, en el desarrollo embrionario y fetal entre las 10, 11, 12 o 13 semanas. Es un continuo que se plantea a las 12 semanas, pero que tiene que ver con el riesgo materno porque se ve que aumenta el riesgo de sangrado si la mujer interrumpe el embarazo. Esto es lo habitual. Con excepción de España y no estoy seguro si Inglaterra ha cambiado, el resto de los países se manejan con las 12 semanas.

Con respecto a las malformaciones congénitas, hay muy pocas: las que son incompatibles con la vida extrauterina. Hay algunas malformaciones que son ostensibles como la falta de desarrollo craneoencefálico, el acráneo o anencéfalo, la situación de los fetos acárdicos que se produce en el caso de los embarazos múltiples que están pegados y desarrollan órganos en conjunto -por ejemplo, el cerebro, el corazón- o la falta de desarrollo de dos fetos por un desarrollo totalmente polimórfico. También se da en el caso de algunas cromosomopatías -la más frecuente es la trisomía 18- y algunas alteraciones como la osteogénesis imperfecta con el síndrome tanatofórico; se trata de múltiples fracturas a nivel de los huesos que lleva a que el feto no tenga chance de sobrevida, la carencia de riñones lo llevará indefectiblemente, de acuerdo a la tecnología actual, a una muerte extrauterina.

Otro tema es la incompatibilidad de tener una vida digna, discusión de otra índole que es más complejo de ver. Lo que está claro es que las malformaciones congénitas repercuten directamente en la salud de la mujer gestante. Para algunas mujeres puede ser intolerable llevar adelante un embarazo que sabe que va a tener una calidad de vida extremadamente pobre. Día a día, a nivel general, nacional e internacional, se está teniendo en cuenta que los embarazos con mal desarrollo y con situaciones que generan hándicaps para la vida digna, pueden provocar graves trastornos en la salud psicológica de las mujeres, que en algunos casos pueden llegar al suicidio.

Con respecto a la Comisión Asesora de Interrupción del Embarazo, debemos decir que está funcionando desde hace ya cuatro años y ha cambiado notoriamente la instrumentación de los casos de interrupción del embarazo previstos por la ley vigente, de 1938. Es un hecho que funciona con gran celeridad; no tengo datos para mencionarles, pero como Jefe de Servicio del Hospital de Clínicas puedo decirles que no media más de una semana la respuesta. Pero quiero ser muy claro en señalar que en realidad no se trata de que la Comisión Asesora autorice la interrupción del embarazo. La Comisión Asesora se da por enterada pero no aprueba el procedimiento porque la interrupción del embarazo se desarrolla cuando así es planteado en el marco legal, desde el punto de vista del equipo de salud que atiende a la mujer, integrada por el médico legista, el ginecólogo, el Director del centro hospitalario o de la mutualista, etcétera. Es decir que se conforma un comité que analiza la situación y si ese comité establece que la interrupción del embarazo se ajusta a la normativa vigente, se realiza y se informa a la Comisión Asesora. Y creo que esto está funcionando bastante bien.

Con respecto al tema de la reducción del número de abortos, sobre el cual me preguntaba el señor Senador Solari, definitivamente no se puede responder a esa consulta porque no tenemos línea de base; no sabemos exactamente cuál es el número de embarazos que se realizaban antes de poner en práctica esta estrategia. Hay trabajos que manejan cifras de 25.000, 33.000 y 60.000 casos. La metodología utilizada por esos trabajos es muy variable y en lo personal no me adhiero a ninguna de estas cifras, porque no considero que la situación de la interrupción del embarazo hoy en el Uruguay sea ni siquiera parecida a lo que era cuando esos trabajos se hicieron. En ese entonces no existía el aborto con medicamentos y la interrupción del embarazo se hacía en clínicas clandestinas abortivas.

Lo que sí hemos visto y publicado es que hay un gran número de pacientes que consulta y que continúa con el embarazo. Quiero ser claro: estoy hablando de las mujeres que vienen a consultar para informarse sobre cómo interrumpir el embarazo y que deciden continuarlo, que están en el entorno del 25%. En la práctica clínica que llevamos adelante en el proyecto desarrollado por la Federación Internacional de Ginecología en el Uruguay, que abarcó a unas 5.000 mujeres, la cifra se mantiene entre un 20% y un 25%. Esto avala el hecho de plantear a los señores Senadores que probablemente el número de abortos hoy, con la instalación de esta política de abrir la puerta del consultorio y analizar en conjunto las diferentes posibilidades, sea mucho menor que el que había hace diez años. Por ejemplo, conocemos el caso de mujeres que pensaban que si tenían un embarazo después de los 35 años, iban a tener un mal resultado perinatal, y eso no es así. Y también se ha desestimulado a muchas mujeres a realizarse un aborto cuando consultan tardíamente, con lo cual el efecto protector es doble: no solamente hay una caída en el número de abortos sino también una disminución en las complicaciones, por lo que les decía anteriormente, en el sentido de que cuanto más avanzado está el embarazo, más riesgo tiene el aborto.

Actualmente estamos en condiciones de comenzar un registro nacional de acuerdo con la denuncia obligatoria, que también -lamentablemente- es baja. Los servicios de salud sexual y reproductiva sí están informando los procedimientos, pero no ha pasado un año desde el momento en que se instauró esto como una política pública porque la reglamentación de la ley se hizo el año pasado.

Con respecto a las mejores evidencias científicas sobre la incidencia de la legalización de la interrupción del embarazo en el número de registros -que primero aumenta y luego disminuye francamente, llegando a ubicarse hasta en un tercio de la cifra anterior- voy a citar el artículo del profesor Benagio, publicado en el “International Journal of Obstetrics and Gynecology”, del año 2009. En el año 2010 se realizó el Congreso Mundial de la FIGO donde tuvimos el honor de participar en la presentación de Uruguay. El profesor Benagio había realizado una revisión del tema y lo publicó en el “Journal de la FIGO”, señalando justamente esta situación, que se instrumentaba en la mayoría de los países.

En la exposición de motivos del veto del Presidente Vázquez no había citas bibliográficas, sino que las argumentaciones planteadas se basaban en una afirmación genérica. La Federación de Ginecología y la Organización Mundial de la Salud, van en la línea de plantear esta situación.

Insisto en que el artículo más paradigmático -aunque hace tiempo que no leo sobre el tema- es el del doctor Benagio. Esto es cuanto tengo para decir desde el punto de vista académico.

Desde el punto de vista político, la política pública del Ministerio de Salud Pública y del Gobierno Nacional en esta materia es disminuir el número de embarazos no deseados, de abortos, de complicaciones y de muertes maternas. Eso está planteado en la reglamentación de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva que pusimos en marcha el año pasado y en la guía de práctica clínica. Nos sentimos orgullosos de ser el país de América del Sur con el menor índice de mortalidad materna; además, de los que penalizan el aborto, el nuestro es el que presenta el número más bajo de mortalidad materna en todo el mundo. Creemos que este es el resultado de una política pública que se vincula, entre otras, con la estrategia de reducción de riesgo y daño que comenté anteriormente. Digo esto porque, a nivel de las políticas públicas -y el Gobierno es conteste con eso- el primero de los tres pasos que hay que seguir para disminuir la mortalidad materna es la educación en salud sexual y reproductiva. En este aspecto hemos logrado grandes avances en el relacionamiento con la ANEP. Precisamente, hoy presentamos un trabajo -mañana saldrá en la prensa- que el Ministerio de Salud Pública está desarrollando en forma coordinada con la ANEP para la capacitación de formadores en todo el país, en los cuatro dispositivos que tiene. Como es de conocimiento de los señores Senadores, a nivel de Enseñanza Primaria todos los maestros tienen capacitación en educación sexual y reproductiva y transversalizan este tema en el aula. A nivel del liceo, encontramos la figura del referente de salud sexual y reproductiva -hay uno por liceo- con un régimen de 10 horas mensuales, que pensamos que son escasas. En cuanto a la enseñanza técnica y profesional, semestralmente en el Ciclo Básico se destinan 10 horas a la salud sexual y reproductiva. En formación docente -que es donde tenemos más carencias- existe un seminario sobre salud sexual y reproductiva. Cuando se informó este proyecto que estamos trabajando en forma conjunta con la ANEP señalamos que hay que apuntar fuertemente al cambio curricular. Con respecto a este tema, que me parece importante desde

el punto de vista político, el Ministerio de Educación y Cultura tiene un rol fundamental porque los valores se trasmiten en la familia -los mejores valores, ya sean religiosos, filosóficos o deportivos- y esta a su descendencia, pero el Estado tiene la obligación de generar condiciones para que la educación para la salud pueda y deba llegar a todos. Eso se logra, definitivamente, con la formación docente y la universalización. La educación es la primera pata del taburete de la seguridad. La segunda, es la anticoncepción, la planificación familiar. El Gobierno está trabajando en esto desde el período anterior y en este hemos reforzado más los temas que tienen que ver con la accesibilidad, la calidad y la distribución de anticonceptivos. A través de reglamentaciones que la JUNASA promovió el año pasado, hemos logrado que el acceso a condones, anticonceptivos y DIU sea gratuito en ASSE e irrisoriamente barato en el sistema privado, con lo que se ha dado un salto de calidad notorio en la anticoncepción. Para mencionar una cifra, somos el país que tiene mayor consumo de anticonceptivos orales, por mujer, de todo el continente americano. Es un tema muy importante y creemos que estamos caminando notoriamente en una buena dirección. Tenemos, entonces, Educación por un lado y anticoncepción por otro. El tercer tema que es el que nos convoca hoy, es decir, el acceso a los servicios seguros para la interrupción del embarazo, es la tercera pata del taburete de la seguridad para la salud materna. Entonces, un aspecto tiene que ver con la educación para que la persona pueda decidir, desde la niñez, cómo va a procesar su sexualidad, información sobre anticoncepción para evitar los embarazos no deseados y, por último, acceso a la interrupción segura del embarazo en el caso de que éste no sea deseado. Lamentablemente, esto último siempre va a existir porque no hay métodos cien por ciento seguros y, por tanto, hay que preverlo. Entonces, estamos muy contestes con los objetivos políticos que tiene el Ministerio de Salud Pública, los que han sido consensuados de manera absoluta con la Academia.

Por último, en lo que tiene que ver con el punto de vista filosófico o bioético, podemos decir que, con relación al tubo neural, las doce semanas y el desarrollo conductual, la tecnología ha hecho avances impresionantes con las ecografías 3D y 4D. La ecografía 3D permite ver lo que mostró hace un momento el señor Senador y, la 4D, permite ver la figura en movimiento. Con esto se ha logrado un acceso al hábitat embriofetal como nunca se pensó y, realmente, es impresionante cómo se puede evaluar. Hasta donde sé, más allá de puntos de vista propagandísticos o ya vinculados con una u otra posición, en esta dicotomía a favor o en contra -que no respeto porque no considero que sea válida- no hay estudios que puedan avalar conductas fetales a esa edad gestacional. Aclaro que tampoco tengo ningún elemento para negarlo pero, directamente, es algo que no se sabe.

Creo que aquí, desde el punto de vista filosófico, hay dos abordajes. Uno de ellos tiene que ver con si consideramos que el feto puede ser una persona independiente y, en el caso de serlo, a partir de qué momento, es decir: desde la fecundación, cuando comienza a desarrollar su vida neurológica o al término del embarazo. Esta es una discusión apasionante que nosotros desde el punto de vista profesional hemos eludido porque entendemos que los puntos de vista personales, que no están vinculados con la ciencia, pesan tanto que es imposible llegar a un acuerdo. Entonces, en lugar de centrarnos en el hecho de si el feto es una persona y cuándo, nos planteamos si ese feto es un paciente. A propósito de eso hicimos una reflexión que estamos por publicar, luego de haber hecho una presentación en el reciente Congreso de Perinatología, la semana pasada. Allí planteamos la interrogante de si el feto puede ser considerado un paciente para nosotros, como médicos, independientemente de lo que la madre resuelva. Partiendo de la definición de paciente que, como saben, el Diccionario de la Real Academia define como aquella persona que acude a un cuidado médico con la intención de mejorar y, además, lo hace en forma voluntaria, concluimos que el feto sólo puede ser un paciente si alguien lo presenta como tal al equipo de salud. Está claro que el feto no puede presentarse por sí mismo a ninguna edad gestacional y, entonces, ese alguien podría ser el Estado a través de los jueces, el equipo de salud o la madre. Nosotros entendemos que sería profundamente inconveniente que el Estado acometiera el hecho de presentar al feto como un paciente, sin la anuencia de la madre, teniendo en cuenta el respeto de los derechos humanos de las personas. Nos parece que eso violaría prácticamente todas las disposiciones relativas a derechos humanos que el país ha firmado y también entendemos que si la madre no lo hace, el equipo de salud tampoco puede presentar al feto como paciente. Por lo tanto, creemos que la única persona que puede presentar o no al feto como paciente es la mujer embarazada.

Evidentemente, el tema del aborto puede ser complejo porque si uno tiene que hacerlo -en el caso de que suceda- se pueden generar situaciones que se confronten con los derechos personales y ahí entra la objeción de conciencia. Solo les pido que imaginen lo que ocurre -y eso sucede muy de vez en cuando- cuando a una mujer que está en trabajo de parto y con su embarazo a término, se le

detecta sufrimiento fetal y aunque eso se solucione con el suministro de un fármaco y una cesárea, ésta se niega. Entonces, la complejidad de la situación va incrementándose con la edad gestacional del embarazo. Quiere decir que en esa situación, absolutamente extrema, en que una mujer está a término, con trabajo de parto -el efecto de nacer sería independiente, pues no estamos hablando de un embrión de nueve semanas o un feto, sino de un embarazo a término- aún en ese extremo, la visión general que tenemos los ginecobstetras a lo largo y ancho del mundo -está plasmada en el Código de Ética de la FIGO- en lo que tiene que ver con los derechos de la paciente es que, en última instancia, tenemos que respetar los derechos de la mujer porque es a través de ella que se puede hacer cualquier tipo de tratamiento que beneficie al feto y si ella no lo presenta como tal, no podría hacerse.
Quiero aclarar que no voy a entrar a discutir desde el punto de vista filosófico cuándo el feto se considera persona, sino que para nosotros la única persona que puede presentar al feto como paciente y de esa manera realizar cuidados médicos a su favor, es la mujer embarazada.

SEÑOR SOLARI.- Tengo entendido que desde el punto de vista jurídico una mujer embarazada, durante su gestación y hasta treinta días después de haber nacido su hijo o hija, no puede otorgar el consentimiento para la adopción. Quiero saber si esto es correcto y, de ser así, como se compatibiliza esa inhabilitación jurídica con la capacidad jurídica que le daríamos con esta ley para decidir sobre el fruto de su gestación.

SEÑOR ROVIRA.- Es correcta la afirmación respecto del tema de la adopción pero, naturalmente, estamos en sedes sustancialmente diferentes cuando hablamos del aborto consentido y de la adopción, donde claramente hay un sujeto de Derecho que no está discutido. Todas las distintas posiciones que pueden existir acerca de la vida, de la calidad de sujeto de Derecho que el feto puede llegar a tener a partir de determinada edad gestacional y todo lo demás, en el caso de la adopción no se plantean. Las normas sobre adopción que también requerirían -y requieren- algún tipo de modificaciones, más allá de que han tenido su evolución, naturalmente refieren a situaciones de hecho que son bastante diferentes en cuanto a la decisión de la madre respecto del feto y de la adopción. Es natural que los motivos que llevan al Legislador a dictar una ley no parten del mismo supuesto de hecho, más allá de que la legislación sobre adopción pueda ser objetable y perfectible.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero hacer una pregunta al señor Subsecretario Briozzo que está relacionada con un comentario que usted hizo respecto al artículo 9º “Obligación de los servicios”, en donde se expresa que todos los servicios de asistencia médica, tanto públicos como privados habilitados por el Ministerio, están obligados a realizar la interrupción voluntaria del embarazo. El señor Subsecretario señalaba -corríjame si no es así- que en la actualidad esa interrupción del embarazo solamente se concibe con la utilización de un método químico. El tema que no me quedó claro es que si partimos de esa base, entonces no tendría sentido que la ley previera que los prestadores de asistencia pudieran realizar otro tipo de interrupción del embarazo; no me quedó claro si una cosa es incompatible con la otra pues, de ser así, la redacción del artículo 9º no tendría sentido.

SEÑOR SUBSECRETARIO.- En la crítica a la redacción del artículo 9º, me referí a erradicar la idea de que los servicios o los profesionales son los que hacen el aborto. En el Siglo XXI, quien se hace el aborto en la inmensa mayoría de los casos es la mujer que desea interrumpir el embarazo por métodos farmacológicos. Como dije hoy, básicamente hay dos fármacos -se está desarrollando algún otro- que se utilizan a lo largo y ancho del mundo. En el Uruguay, el Misoprostol es la prostaglandina más conocida a esos efectos.

Me parece muy pertinente el planteo del señor Presidente en cuanto a que no es excluyente uno u otro método. Es dable esperar que la mujer que presente un embarazo no deseado por el motivo que sea, consulte al equipo de salud y que este la asesore con respecto a las posibilidades que tiene. Luego, si ella resuelve interrumpir el embarazo, que se le planteen las diferentes posibilidades a escoger: básicamente, la farmacológica, o la instrumental, mediante el legrado aspirativo, como se denomina ahora.

Hasta ahora, cuando no hay conflictos de intereses, todos los estudios de investigación no financiados por las instituciones que promueven los sistemas de aspiración indican que las mujeres optan por el método farmacológico, porque pueden hacerlo en la intimidad de su hogar con la persona que ellas consideren más adecuada. En algunos países, por ejemplo en Francia, hay experiencias con

adolescentes a las que directamente no les ofrecen el método instrumental, sino el de los fármacos porque no hay que manipular el útero y no existe riesgo de rotura o de lesiones, haciéndolo más recomendable. De hecho, en el asesoramiento a la mujer se debe plantear que es más conveniente el método farmacológico por sobre el instrumental. Eso no quita que los servicios de salud sexual y reproductiva tengan el servicio que funcione con esas características para los casos en que se produzcan fallas o en que la mujer opte por el método instrumental.

SEÑOR SOLARI.- De cualquier manera, aun en el caso del método farmacológico, es un acto médico. O sea, la prescripción, la supervisión, etcétera, es un acto médico que debe brindar una persona responsable y capacitada.

SEÑOR SUBSECRETARIO.- Sin duda, señor Senador, pero no es exactamente lo que declaro.

En Uruguay hemos demostrado que la incorporación de cuidados médicos del equipo de salud es lo determinante en la disminución del riesgo del aborto inseguro; no lo son los fármacos. Hay países de América Latina, como por ejemplo Perú, en donde el Misoprostol es más accesible -los cuatro comprimidos cuestan menos de US$ 1- que una aspirina, pese a registrar mayor mortalidad materna, que ronda en 54 y 60 cada mil nacidos vivos. Es algo totalmente disparatado. El punto de inflexión no es el fármaco, sino los cuidados sanitarios, que es donde llevamos la delantera como país con respecto al resto.

En mi humilde concepto, me parece que la redacción del artículo 9º no da cuenta de que esa situación ya existe y que, en realidad, los servicios tendrían que plantear la implementación de los servicios de salud sexual y reproductiva y, por supuesto, la habilitación de la posibilidad de la prescripción de los fármacos cuando se entienda que es la mejor medida para evitar el riesgo de un embarazo seguro.

SEÑOR ROVIRA.- Con respecto a la disposición del artículo 9º, con la declaración hecha por el doctor Briozzo sobre la no incompatibilidad de su afirmación respecto de los fármacos, creo que el texto se podría reforzar en cuanto a la protección que se cita en el último parágrafo, que dice: "Quienes soliciten ser excusados de participar en dicho acto médico, bajo ninguna circunstancia podrán ser objeto de sanciones o actos que afecten su desempeño laboral". Pienso que habría que hablar de actos discriminatorios o que pudieran poner fin al vínculo laboral si se tratara de la inserción en una institución privada o a un vínculo público en caso de un sumario por omisión o algo similar. De mantenerse la disposición, habría que reforzar ese tema.

Otro punto que me parece que también habría que revisar es el alcance del artículo 8º, en lo que refiere a habitantes nacionales y extranjeras. Como rige el principio de la igualdad de trato tanto para unos como para otros, más allá de que seguramente la inclusión de esta disposición debe haber tenido alguna razón -a pesar de que cuando uno lee el texto no la descubre- parecería que si requerimos un período de residencia habitual en el territorio no inferior a 42 semanas y estamos hablando de un plazo de 12 semanas para poder interrumpir el embarazo, podría haber mujeres extranjeras en Uruguay que no acrediten esa situación y que, por tanto, quedarían en desigualdad con relación a las nacionales en cuanto a la posibilidad de interrumpir su embarazo.

Por último, quisiera hacer una aclaración con respecto a lo que señaló la señora Senadora Xavier en lo que tiene que ver con mi observación al artículo 1º, relativo al aborto terapéutico. El artículo 4º plantea dos casos de restricción: riesgo de salud o de vida de la mujer y existencia de malformaciones incompatibles con la vida extrauterina, y remite al plazo establecido en el artículo 2º, cuando en realidad dicho plazo fue determinado en el artículo 1º. Eso puede inducir a error. A mi juicio, el tema del aborto terapéutico y la referencia del plazo en esos casos deberían quedar claramente establecidos en el artículo 1º del proyecto de ley.

SEÑOR PRESIDENTE.- La intención de incluir el artículo 8º fue evitar lo que en su momento se llamó "turismo abortivo".

SEÑORA XAVIER.- Me gustaría conocer más detalles acerca del tema de las auditorías de mortalidad materna. El señor Subsecretario fue muy categórico cuando dijo que no ha habido más muertes maternas. A partir de lo que hemos leído, sistemáticamente surge que desde que se ha implementado la reducción de daños y el incremento de los cuidados maternos, esto parece ser así. No obstante ello, queda claro el temor que persiste siempre que una mujer se practica un aborto por el hecho de que sigue siendo un delito. Precisamente, tenemos una suerte de disociación de esquizofrenia ya que por mandato legal cuidamos que la mujer no incurra en ninguna metodología que pueda dañar su salud o por la que corra riesgo de vida, y después de haber procedido a la interrupción de su embarazo le solicitamos que tenga los cuidados correspondientes, en caso de aparecer determinados signos. El momento mismo de la interrupción es clandestino, en el cual las estamos tirando hacia el circuito de la ilegalidad con todas las consecuencias que ello puede traer.

A veces aparecen en la prensa noticias de mujeres que han interrumpido sus embarazos y han llegado a los CTI en grave estado de salud, pero luego no sabemos si sobreviven o no, ni en qué condiciones porque el hecho deja de ser noticia. El caso más reciente que recuerdo es el de una mujer joven de Paysandú que ya tenía un hijo pequeño; durante un determinado período se dijo que estaba en tratamiento intensivo pero después se dejó de hablar del tema.

En definitiva, quisiera saber cuáles son los resultados y la fiabilidad de los datos de las auditorías maternas. Todos sabemos que el aborto se ha venido practicando en nuestro país desde hace décadas, desde la institucionalidad; no es un tema bicentenario, pero podríamos decir que su discusión es centenaria. Entonces, me gustaría saber más sobre las auditorías maternas, por ejemplo, ¿qué fiabilidad tienen los datos?, ¿cómo se han procesado?, ¿qué alcance tienen?, ¿se hacen en todas las instituciones?

SEÑOR SUBSECRETARIO.- Me atrevería a decir que somos el país de América Latina que tiene los mejores datos en cuanto a mortalidad materna porque el Estado ha venido trabajando en este tema desde hace casi una década.

Los registros de mortalidad materna que teníamos hasta el año 2002 no estaban centralizados y no tenían un sistema estructurado, por lo que para conocer los datos había que esperar uno o dos años a que se compaginaran todas las bases de datos de cada subsector. En el año 2001, cuando desde la Facultad de Medicina planteamos la situación dramática que existía con respecto al aborto inseguro y expresamos que entre 1990 y 2000 había representado el 30% de las muertes, el Ministerio de Salud Pública de la época toma ese tema y crea la Comisión de Mortalidad Materna para empezar a centralizar los estudios. Es decir que en ese momento dimos un paso hacia adelante muy importante. En el 2005 se cambia la denominación y la función de la Comisión, que pasa a ser Comisión Nacional para el Monitoreo y Reducción de las Muertes de Mujeres por causa del Embarazo, Parto, Cesárea, Puerperio y Embarazo. Se dijo que no cabía hablar de muerte materna porque una mujer que se hace un aborto es alguien que no quiere ser madre; es una discusión más filosófica que otra cosa. Lo cierto es que a partir de esa fecha se comienzan a hacer auditorías de todos los casos de mortalidad materna y en la mayoría de ellos se empieza a implementar lo que se llama la autopsia verbal, es decir, la concurrencia al lugar en que se produce la muerte materna y la entrevista con el entorno para evaluar la causa. En el año 2010 dimos un paso más adelante, que hoy nos posiciona en un lugar de vanguardia en América Latina y en el Tercer Mundo en general: comenzamos a calcular el "*near missed*", cuya traducción del inglés sería "las mujeres con riesgo muy alto de morirse"; su acepción verbal sería "casi muertas". Lo que estamos haciendo ahora es analizar las historias de CTI de todas las mujeres internadas de entre 12 y 50 años que no tengan un motivo claro de muerte. Estamos viendo casos de sepsis, fundamentalmente infecciones generalizadas, para saber si pueden ser consecuencia de un aborto inseguro.

O sea que en este último tiempo han mejorado muchísimo los registros, pero lo que sucede en general en estos casos es que aumenta el número de abortos porque aparecen algunos que antes pasaban desapercibidos. Sin embargo, incluso con estos registros, no ha habido muertes por aborto en los últimos cuatro años. Por lo tanto, estamos en condiciones de decir que somos el país de América Latina con la menor mortalidad materna por aborto y probablemente del mundo, incluso con legislación penalizada. Aclaro que estamos bastante seguros de esto que decimos.

SEÑOR SOLARI.- Hace tiempo que no hago salud pública y tal vez lo que diga no sea exacto pero, si no recuerdo mal de mis años de salubrista, la mortalidad materna está definida como toda muerte de una mujer en edad fértil. Por lo tanto, independientemente de que la causa haya sido una u otra, me extrañaría enormemente que no estuvieran registradas todas las muertes maternas en el Uruguay desde la segunda mitad del Siglo XX. Sí puede haber variado la determinación de la causa de muerte, pero el hecho de que la mortalidad materna haya descendido, sin duda, refleja en buena medida el cambio de metodología con respecto a la realización de abortos. De los estudios a que tuve acceso, creo que el mejor es el de Sansiviero, que da una cifra estimada de 33.000 abortos en el 2002 o 2003.

SEÑORA XAVIER.- La muerte materna es la muerte de una mujer embarazada o hasta el primer mes del puerperio.

SEÑOR SUBSECRETARIO.- Probablemente, la muerte materna sea el indicador centinela más importante para determinar la salud de una población, junto con la mortalidad infantil. Hasta donde sé, es una tasa que se calcula por el número de muertes maternas causadas directa o directamente por la gestación durante el embarazo, el parto y el puerperio hasta los 42 días y se calcula cada 100.000 nacidos vivos.

El gran problema en cuanto al registro surge con el aborto porque muchas veces este es negado y pasa por una muerte inopinada, muchas veces con la “complicidad” -entre comillas- de los médicos que no avanzan en el diagnóstico y la causa final es la muerte, ya sea directamente producida por complicaciones en el embarazo o, por ejemplo, por una infección a causa de un aborto o de una hemorragia por una placenta previa o, indirectamente, como el caso dramático que ocurrió en el departamento de Florida -hace alrededor de cinco o seis años- de una joven mujer que se suicidó y estaba cursando un embarazo no deseado. Este hecho -que se supo recién después de lo ocurrido- fue caratulado como un suicidio, cuando en realidad se trató de una muerte indirecta por aborto inseguro.

Con respecto a estos datos que son tan complejos, en Uruguay hoy tenemos casi la certeza de que estamos hablando sobre bases totalmente sólidas, lo que nos posiciona en un escenario único para evaluar cualquier cambio que se produzca. Incluso, en su momento había planteado que se pusiera una cláusula gatillo y si vemos que dentro de diez años hubo un aumento del número de abortos, revisar la ley no sería mala cosa. Estoy convencido de que no hará falta porque conozco profundamente a las mujeres de mi país; conozco también estudios realizados y la evidencia internacional. Sé que la liberalización no va a provocar un aumento en el número de abortos. Si se tratara de un diseño experimental, el Uruguay estaría en condiciones únicas para demostrarlo porque sabemos perfectamente lo que sucede con respecto a este tema.

SEÑOR PRESIDENTE.- De acuerdo a las interpretaciones de los doctores Rovira y Briozzo sobre algunos de los artículos, se daría lugar a la redacción de un nuevo texto.

Sería conveniente, entonces, a efectos de que la Comisión lo tenga como insumo cuando comience a estudiar definitivamente la redacción del articulado, que nos pudieran enviar un proyecto de texto -el que la delegación considere pertinente- con respecto al artículo 1º referente a la denuncia judicial en caso de que el embarazo fuera producto de una violación -creo que el doctor Rovira así lo manifestó- con el artículo 5º relativo al consentimiento de menores de edad, con el 9º referente a quienes soliciten ser excusados de participar en dicho acto médico y el artículo 15 relativo a las derogaciones.

Agradecemos su presencia y su valiosísima colaboración.

(Se retiran de Sala el señor Subsecretario y el representante de la Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud Pública.)

(Ingresa a Sala la delegación representante de Iniciativas Sanitarias.)

-La Comisión de Salud Pública ha comenzado a analizar el proyecto de ley por el que se interrumpe voluntariamente el embarazo y para asesorarse sobre el tema resolvió invitar a "Iniciativas Sanitarias", cuya delegación está integrada por la Obstetra y Directora Ejecutiva del Instituto, señora Ana Labandera; la psicóloga Cecilia Stapff; y los Asesores Jurídicos, doctora Mónica Pereyra y doctor Gabriel Adriasola.

SEÑORA LABANDERA.- Agradecemos la oportunidad de estar nuevamente en esta Comisión. Nuestro equipo de trabajo está conformado por profesionales de la salud y tiene amplia experiencia en materia de salud sexual y reproductiva. Estamos cumpliendo nuestro décimo año trabajando para disminuir el riesgo y el daño ante la consulta de la mujer que cursa un embarazo no deseado.

Nuestra tarea comenzó ante la realidad epidemiológica del país, cuando la primera causa de muerte materna era el aborto provocado en condiciones de riesgo. Durante años hemos realizado trabajos de investigación y puesto nuestra práctica clínica a su servicio. También hemos estado acompañados por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, implementando servicios de salud sexual y reproductiva en seis centros, con un proyecto para salvar madres y recién nacidos. Dos de ellos están ubicados en Montevideo y seis en el interior del país.

Este modelo fue ideado y puesto en práctica por nuestra asociación -vamos a hacer entrega a la Comisión de un repartido con un resumen de los resultados que obtuvimos a lo largo de estos años- y ha logrado abatir lo que en el año 2001 era la primera causa de muerte materna. Tanto es así, que ya hace unos cuantos años que no tenemos casuística de muerte materna provocada por aborto en condiciones de riesgo. Nuestro modelo se basa en los derechos que tiene la mujer en la salud, y los derechos que tiene a tomar decisiones legítimas en virtud de información dada por profesionales de la salud, expertos y especialistas en el tema. En ese caso, la mujer toma la decisión que le parece la más correcta. Evidentemente, no tenemos con ella una sola sesión ni la atendemos un ratito, sino que le dispensamos el tiempo para escuchar su problemática y su dilema. Recordemos que la mujer que cursa un embarazo no deseado está pasando por una situación incierta: se enfrenta a un dilema. Nuestro equipo multidisciplinario, a cargo de ginecólogos, ginecólogas, obstetras, parteras y psicólogas en consulta, da el espacio para analizar juntos cuáles son los reales motivos por los que ella llega a esa decisión, brindando varias alternativas, como continuar el embarazo y dar en adopción al niño, seguir el embarazo y quedarse con su hijo, o el aborto, pero no el aborto inseguro, sino el seguro.

A punto de partida del advenimiento del misoprostol como medicamento esencial por la Organización Mundial de la Salud en la prevención de hemorragias en aquellos países en que las mujeres se morían por tal razón, y como un hipertónico del músculo uterino para provocar abortos, y de la mano con el hecho de la seguridad en cuanto a que la mujer no incurriera en un riesgo como la infección o la hemorragia, se dio un paso más hacia esa autonomía que la mujer debía obtener para poder gestionar o autogestionar el proceso de la interrupción del embarazo, si así ella lo decidía. En base a las evidencias científicas, que incluso nosotros mismos aportamos con la Organización Mundial de la Salud y con la FIGO, llegamos a la dosis exacta que debe usar la mujer en caso de que decida interrumpir el embarazo, para aumentar la seguridad y la eficacia, disminuyendo el riesgo y el daño, que pueden provocar otro tipo de conductas que pueden lesionar su salud y, por tanto, su vida.

Nosotros somos una organización referente en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, y trabajamos constantemente al lado de la mujer, en base a Derechos Humanos como el de la salud y tomando la problemática del embarazo no deseado y no aceptado con un enfoque sanitario, pero dentro de un parámetro social. Desde ese punto de vista, a la mujer se le da una mirada integral y se le atiende desde los aspectos biomédicos y psicológicos en la consulta. Estuvimos reunidos con la señora Senadora Xavier cuando ella comenzó a trabajar con esta nueva iniciativa y le hicimos sugerencias, algunas de las cuales fueron tomadas en esta nueva redacción y otras quedaron por el camino. Sabemos bien que lo que hace este proyecto de ley -con el cual, en general, estamos de acuerdo- es el reconocimiento a la existencia de la Ley Nº 18.426, que impulsa los derechos sexuales y reproductivos. Desde el punto de vista de la norma se exige la implementación de servicios integrales para la salud sexual y reproductiva que hacen a esa mirada holística que deben tener la mujer y el hombre en torno a todo lo que es su salud en esos aspectos. También hace que se respeten los

derechos que en la reglamentación de la ley se fijan. Actualmente el Ministerio de Salud Pública está llevando adelante la implementación de esos servicios a nivel de todo el país y está dando un paso anterior a la posibilidad de la despenalización del aborto, para que en esos servicios los usuarios y las usuarias puedan ser asesorados de manera cabal con respecto al uso de sus derechos.

Luego de haber realizado este resumen sobre la presentación institucional -por supuesto que habría mucho para hablar en cuanto a proyectos de investigación, agencias y organizaciones que nos han apoyado, así como también nuestro trabajo como referentes en la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, con respecto a la salud sexual y reproductiva- queremos hacer un análisis sobre el proyecto de ley a estudio, artículo por artículo, para hacer los comentarios en orden. Personalmente voy a formular comentarios generales y nuestros asesores ahondarán en aquellos aspectos que nos parecen de mayor relevancia.

El artículo 1º dice: “Toda mujer mayor de edad”, y nosotros consideramos que habría que eliminar el término “mayor”, ya que este artículo alcanzaría también a la menor adolescente por el principio o regla general que establece la norma. Por otro lado, cuando dice: “tiene derecho a decidir la interrupción voluntaria de su embarazo”, creemos que habría que hacer alusión a que esa mujer tiene derecho a acceder a servicios integrales de salud sexual y reproductiva que las instituciones le prestarán y que además, estas le brindarán todas las alternativas para que ella pueda elegir por cuál transcurrir el evento que está cursando.

Por otro lado, no estamos de acuerdo cuando dice: “No se aplicará dicho plazo si el embarazo fuera producto de una violación, acreditada con denuncia judicial e intervención de médico forense”, porque condicionamos a la mujer a denunciar, la estamos obligando a que denuncie y la estamos revictimizando.

Si me permite el señor Presidente, voy a dar la palabra a la doctora Pereyra que estuvo analizando la temática y puede aportar elementos más profundos sobre este concepto.

SEÑORA PEREYRA.- Voy a tratar de ser breve.

Con respecto al inciso segundo del artículo 1º, entendemos que el plazo de las doce semanas y la denuncia judicial son limitantes del derecho de las mujeres. Sabemos que el delito de violación queda supeditado a una denuncia de la mujer y no procede la investigación de oficio; entonces si la condicionamos a una investigación judicial la empujaríamos a realizar abortos en condiciones de riesgo, sobre todo, teniendo en cuenta que estamos hablando de un desarrollo gestacional importante, es decir, mayor a doce semanas.

Proponemos que esa denuncia ante la Justicia sea realizada por profesionales de la salud encargados de analizar los casos de más de doce semanas de gestación, para ver si se procede al aborto ajustándose a la ley. Ese es nuestro planteamiento porque el delito se persigue a instancia de parte, ya que muchas veces la mujer no quiere ser revictimizada y entonces puede volcarse al aborto clandestino. Nosotros habíamos pensado que una de las soluciones podría ser que se las sometiera a un comité bioético que debería existir en todas las instituciones, en virtud de la Ley Nº 18.335. En principio, ese artículo sería nuestra propuesta.

SEÑORA LABANDERA.- En cuanto al artículo 2º que habla de la accesibilidad, vemos que tiene una redacción igual a la del comienzo del artículo 9º, razón por la que creemos que habría que unificarlos. Concretamente, el artículo 9º habla de los servicios cuando dice que “todos los servicios de asistencia médica, tanto públicos como privados habilitados por el Ministerio de Salud Pública tendrán la obligación…”, etcétera. Por su parte, el artículo 2º, expresa que “las mujeres a que refiere el artículo precedente tienen derecho a acceder a la interrupción voluntaria de su embarazo en los servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud”. Este es un punto que nos pareció importante destacar.

En cuanto al artículo 3º, desde nuestro punto de vista queda restringido, en la relación presentada, al aborto quirúrgico y no contempla el avance científico del aborto farmacológico. Este tipo de aborto no solo puede ser de fácil acceso para la mujer si se da la despenalización, sino que además

no necesita de un profesional que lo realice y simplemente requiere de un buen asesoramiento para que ella pueda gestionar su realización y, posteriormente, concurrir al servicio para cuidar la evolución del post aborto, como corresponde. El texto dice además que “se requerirá el libre consentimiento informado de la mujer, expresado por escrito, el que se adjuntará a su Historia Clínica”. Esto da la base para la decisión solitaria, cuando en nuestro modelo, sin ser paternalistas, pretendemos acompañar a la mujer en su decisión informada y consciente. Esto nos parece muy importante a tener en cuenta, en el sentido de manejar un aspecto más amplio de la visión del aborto farmacológico.

Con respecto al literal b) del artículo 4º, relativo a las restricciones, nos congratula mucho que en la redacción se haya tomado parte de lo que sugerimos a la señora Senadora Xavier. Sobre este artículo queremos decir que, a nuestro juicio, se debería hacer una homologación entre las restricciones y las excepciones que refieren al artículo 14 y enumerarse taxativamente cuáles son las situaciones que allí se plantean. Por ejemplo, me refiero al aborto eugenésico, que si bien implica la incompatibilidad con la vida extrauterina podría ser de decisión de la mujer el hecho de hacerlo o no. Creo que habría que analizar homologar cuánto tiene la parte de restricciones del artículo 4º con relación al 14.

En cuanto al artículo 5º relativo al consentimiento de menores de edad, ya existen normas que amparan la confidencialidad y la autonomía de los y las adolescentes, como por ejemplo la Ley Nº 18.426, el Código de la Niñez y la Adolescencia y la Ley Nº 18.335. A fin de hacer un análisis más especializado de este punto voy a dejar en uso de la palabra al profesor Gabriel Adriasola, quien ha hecho un análisis exhaustivo de este tema.

SEÑOR ADRIASOLA.- Quiero aclarar que el análisis realizado no ha sido tan exhaustivo como se ha dicho. Simplemente quiero mencionar que en aquellos países donde se ha admitido la solución de los plazos, por oposición al aborto regulado por la solución de los permisos -este es el caso del que estamos considerando- en materia de menores de edad la legislación comparada ha establecido tres hipótesis.

La primera de ellas consiste en la obligación, por parte de la adolescente, de notificar la decisión de abortar a sus padres y darles intervención; la segunda, en que sea la adolescente la que tome la decisión con independencia del conocimiento y voluntad de los padres; y la última, en que frente a la notificación a los padres y ante la inexistencia de un consenso, se debería recurrir al Juez para que, en última instancia, sea quien decida. A este último criterio es al que se afilia el proyecto de ley que tenemos a consideración. A nivel de la doctrina se ha criticado mucho este sistema por entenderse que muchas veces lleva a una doble victimización. Cuando el menor es sometido a un proceso judicial, nada más y nada menos que para autorizar un aborto -con esto no estoy diciendo que esté a favor o no de ello; simplemente, estoy dando datos objetivos- resulta muy difícil mantener la confidencialidad en esa materia. Incluso, podría llegar a plantearse un proceso contradictorio con los padres. ¿Qué pasa si los padres, una vez notificados, no están de acuerdo? Si se oponen, terminarán en un proceso judicial, ya no de autorización, sino de contradicción.

A mi juicio, lo mejor sería que la decisión la tomara la adolescente madura y que quedara a criterio del médico la notificación o no a los padres. De esta forma se estaría excluyendo la intervención judicial. Ahora bien, con respecto al sistema de judicialización previsto en el artículo 5º del proyecto de ley, realizamos las siguientes observaciones.

En primer lugar, aquí no se define quién es el Juez competente; hay un vacío en este sentido que nos lleva a dudar sobre si será el Juez de Menores o el de Familia. Últimamente, en muchas leyes hemos visto que se dice: “el Juez competente”. Por ejemplo, en la Ley Nº 18.335, se habla del Juez competente, pero no sabemos quién lo es. Creo que este aspecto debería definirse.

En segundo término, entendemos que habría que establecer el procedimiento a seguir para aquellos casos en los que se llegue a la intervención judicial. Digo esto porque, según la Constitución de la República, el orden de los juicios debe ser establecido por ley y en esta iniciativa eso no sucede; en ella no queda claro cuál será el procedimiento a seguir ni cómo se tramitará en caso de oposición o contradicción de los padres. Si el Poder Legislativo optase por la judicialización, nos permitimos sugerir que para conciliarla con el derecho a la confidencialidad, el Tribunal se debería constituir

reservadamente en el centro hospitalario y no realizar el traslado de la adolescente, de la menor o de los involucrados a una sede judicial. Planteamos esto porque existen antecedentes en materia de Derecho Comparado.

Previo a la judicialización, el proyecto de ley adopta el criterio de notificación a los padres, pues requiere el consentimiento de por lo menos uno de los representantes legales. En la iniciativa no se dice qué sucede si se produce un conflicto entre ambos representantes legales, es decir, que uno otorgue el consenso y el otro no lo haga. Salvo que hayamos interpretado erróneamente, creemos que podría existir alguna contradicción entre los incisos primero y segundo del artículo 5º del proyecto de ley, pues en este último se dice: "De no existir riesgo grave para la salud de la niña o la adolescente gestante y de no tener el acuerdo de sus representantes legales en cuanto al tratamiento a seguir, el profesional deberá solicitar la autorización del Juez competente, quien a tales efectos recabará la opinión de la niña o adolescente, siempre que ello fuera posible". Pensamos que se está refiriendo al tema de la interrupción del embarazo, pero aquí habla de "sus representantes legales" en plural, mientras que en el inciso primero requiere del consenso exclusivamente de uno de sus representantes legales. Si se refiere a un procedimiento de interrupción del embarazo en el inciso segundo, podría haber una contradicción entre ambos.

Para no explayarnos más, esas serían, básicamente, las observaciones que uno podría hacerle, humildemente, al artículo 5º.

En el artículo 14 se habla de "las hipótesis no comprendidas en la presente ley" -pensamos que está hablando de hipótesis de interrupción voluntaria del embarazo- en un sistema donde rige la solución de los plazos y hay un aborto eugenésico en casos de embrión que sea incompatible con la vida extrauterina. Los casos de interrupción voluntaria del embarazo no comprendidos en la presente ley serían aquellos en que se pretende interrumpir el embarazo pasadas las primeras doce semanas o -como sucede, por ejemplo, en el Derecho español- los de aborto eugenésico, pero que el embrión no es incompatible con la vida extrauterina, sino que va a ser viable y su viabilidad es incompatible con la calidad de vida, ya sea por la gravedad o por las malformaciones. Se me ocurre que esas son las hipótesis no comprendidas en la presente ley, porque no están reguladas. Además, creemos que este artículo podría dar lugar a pensar que se está dejando a la reglamentación el regular esas hipótesis. Como toda interrupción del embarazo conlleva un conflicto de intereses -ya sea por la vida del embrión o el riesgo de la madre- la reglamentación no podría nunca establecer causales u otro tipo de permiso para interrumpir el embarazo. Es decir que deberían establecerse por ley y no por una norma inferior a la ley.

SEÑORA XAVIER.- Con relación al artículo 14 pensamos en las hipótesis de las que habló el doctor Adriasola y en aquellas que pueden surgir por los tiempos administrativos en las decisiones, que hagan de la responsabilidad institucional o profesional adoptar una decisión que perjudique a la mujer. Por ejemplo, siempre hay que tener una convención y las 12 semanas es una convención. ¿Qué hace el profesional cuando se trata de 12 semanas y un día? Lo considera como 12 semanas, porque sabemos que la edad gestacional no es exactamente la misma con relación a la fecha de la última menstruación de la mujer y a la fecha de la última ecografía. Según los procedimientos que se realicen, se estima entre un número de semanas u otro. En estas zonas grises en las que la reglamentación no puede superar lo que determina la ley, pueden ocurrir determinadas situaciones que no estén contempladas en la casuística. Como todavía el aborto es un delito, en la medida en que el propio Ministerio tiene hoy un tribunal de alzada, para estas contradicciones puede servir el artículo 14. No se trata de entrar en contradicción, sino de evaluar algunas cosas que sabemos que no solo dependen de los elementos objetivos, sino también de un profesional o de un Tribunal de Ética. En este sentido, estoy de acuerdo con que los Tribunales de Ética deberían tener un rol muy importante, pero me pregunto qué ocurre con un Tribunal de Ética de una institución confesional de salud. Obviamente, la institución debe cumplir con la ley, pero esos Tribunales de Ética están teñidos de un posicionamiento muchas veces contrario a una norma de esta naturaleza.

SEÑOR ADRIASOLA.- Aclaro que la finalidad no era formular una crítica, sino simplemente alertar que las Comisiones Administrativas solo pueden pronunciarse en aquellos casos permitidos por la ley. Entonces, quizás una reformulación del artículo 14 podría contemplar este aspecto. Lo veríamos más problemático en los casos de aquellas malformaciones graves compatibles con la vida extrauterina.

SEÑORA LABANDERA.- Por otro lado, me parece que falta tener en cuenta el tema del Código de la Niñez y la Adolescencia, que está contenido dentro de la Ley Nº 18.426, que le da autonomía a la adolescente o a la menor para poder tomar sus propias decisiones y también le da cierta responsabilidad al profesional tratante para hacer el diagnóstico o la tipificación de la madurez progresiva. Entonces, es importante tener en cuenta que las adolescentes pueden tomar sus propias decisiones y tienen su autonomía para poder decidir informadamente.

En cuanto al artículo 6º, en el caso de la incapacidad, nos parece conveniente dar intervención al Juez competente, aunque no se aclara qué tipo de Juez, como recién mencionó el doctor Adriasola. Quizás pueda ser el que declaró la incapacidad, pero sería conveniente determinar a qué tipo de Juez le compete.

Con respecto al artículo 7º que habla del derecho a un trato digno, nos parece que es una disposición que no debería incluirse, porque todo individuo, cualquiera sea el motivo de su consulta, tiene derecho a un trato digno. Nos parece que incluir una disposición de este tipo en una ley deja planteada la pregunta de si alguna persona puede no recibir un trato digno.

SEÑOR AGAZZI.- Es decir que ustedes no tienen una discrepancia con lo que establece el artículo 7º, sino que simplemente expresan que es redundante.

SEÑORA LABANDERA.- Exactamente.

En cuanto al artículo 8º, coincidimos con la necesidad de evitar el turismo del aborto.

El artículo 9º, que está en el Capítulo II, “De los servicios de asistencia médica, públicos y privados”, cuando habla de obligación de servicios, establece: “Todos los servicios de asistencia médica, tanto públicos como privados habilitados por el Ministerio de Salud Pública, tendrán la obligación de realizar la interrupción voluntaria del embarazo a las usuarias que lo requieran en las hipótesis previstas en esta ley”. Si contamos con servicios integrales de salud sexual y reproductiva por la Ley Nº 18.426, donde el modelo de iniciativa sanitaria de asesoramiento integral para el aborto farmacológico ya está implementado, la obligación de realizar la interrupción voluntaria se limita, al igual que en el artículo 3º, al aborto quirúrgico, a nuestro parecer, siendo que el misoprostol, como medicamento esencial, brinda la mejor seguridad y bajo riesgo para la gestión del aborto. Con respecto a la última parte del artículo que habla sobre la objeción de conciencia, estamos totalmente de acuerdo con lo que refiere a la interpretación del literal, complementando el concepto de que las instituciones no tienen derecho a objetar, pero sí puede hacerlo el profesional. Como derecho humano fundamental, deberá sí garantizar que la usuaria resuelva la situación con otro colega, y tanto este, como la circunstancia y el servicio deberán estar calificados de la mejor forma para que esa mujer pueda resolver su problema.

Queremos señalar que nos parece muy importante el cambio que hubo en cuanto a la redacción, con la que estamos totalmente de acuerdo.

SEÑORA STAPFF.- Quería agregar -coincido con lo que mis compañeras acaban de señalar con respecto a los servicios- que me parece que es muy importante que este tema quede dentro del marco de los servicios de salud sexual y reproductiva. Lo digo porque en el proyecto se habla de los servicios de asistencia médica aprobados por el Ministerio. Creo que de esa forma estamos asegurando el abordaje integral de la problemática porque en los servicios se cuenta con ginecólogos, parteras y psicólogos. Reitero que, a nuestro juicio, el asesoramiento para la interrupción voluntaria del embarazo tendría que quedar dentro del marco de los servicios de salud sexual y reproductiva y esto también debería ser explicitado en el proyecto de ley. Justamente, discrepamos con que todos los servicios de asistencia médica tendrán la obligación de realizar la interrupción voluntaria del embarazo y nos gustaría que en el texto quedara claro de que la mujer también puede autogestionar el aborto, porque es un cambio sustancial.

SEÑORA XAVIER.- Nos ha resultado relativamente difícil encontrar una redacción que contemple la nueva era -donde el aspecto farmacológico ha pasado a tener un predominio en los procedimientos, por la accesibilidad y la seguridad- y aquellas circunstancias en las que debe darse algún

procedimiento complementario o cuando existieran situaciones que no pueden ser definidas por la utilización de la metodología del fármaco. Se nos ha sugerido -esta no es la primera instancia- que mejoremos la redacción y el desafío está en lograrla sin irnos para el otro lado. Confieso que no hemos encontrado una mejor redacción pero, justamente, para eso sirven estas comparecencias: para enriquecer el proyecto. Advierto que no podemos pensar en que la alternativa solo puede ser dar en instituciones como el Pereira Rossell o en alguna otra que cuente con un grado de integralidad aceptable y se excluya a mujeres que viven en el medio rural y que, si bien pueden acceder a una consulta adecuada que les brinde toda la información, difícilmente podrán acceder a una policlínica que tenga la integralidad que uno desearía. Entonces, se estaría obligando a esa mujer a trasladarse a un Centro Departamental.

Sucede lo mismo con el aspecto jurídico. También se plantea un tema de accesibilidad en lo que tiene que ver con el Juez competente, porque en todos los lugares del interior del país no hay Jueces de Menores o Jueces especializados. Pensamos, por tanto, que se debería contar con Jueces de Familia, de Menores y de alguna otra especialización más. Estas son las dificultades que encontramos a la hora de redactar una ley que no tenga una visión montevideana sino nacional del tema y que efectivamente le permita, tanto a la mujer que vive en Paraje Piedra Sola como a la que vive frente al Obelisco, acceder a la información y luego tomar la decisión que estime conveniente.

SEÑOR MOREIRA.- Al leer el artículo 9º me viene a la memoria el tema relativo a las instituciones que en sus estatutos tienen prohibición de realizar este tipo de procedimientos. En ese sentido, recuerdo que el Círculo Católico -no sé cómo se resolvió el tema- tenía un problema estatutario para llevar adelante este tipo de intervenciones. Aquí se dice que el personal médico se puede excusar pero no habla de la institución que tiene que apelar a su propio personal o contratar servicios externos. De manera que esto no admite excepción de especie alguna.

Aclaro que soy un lego en la materia y por eso tengo otra duda en cuanto al uso de Misoprostol, es decir, al aborto farmacológico. Según tengo entendido, este medicamento se suministra en las dependencias de los hospitales públicos.

SEÑORA LABANDERA.- No, señor Senador, eso no se hace porque es ilegal.

SEÑOR MOREIRA.- Eso es lo que se ha comentado. He escuchado que se entrega este tipo de medicamento para provocar el aborto farmacológico en algunos hospitales públicos. Por eso me gustaría que me confirmen que esto no es así ya que, de lo contrario, encaja dentro de la figura delictiva hoy vigente.

SEÑORA LABANDERA.- No, señor Senador, eso no es así porque, como le decía, en Uruguay el aborto es ilegal y, por tanto, los profesionales no prescribimos ni damos la receta y tampoco colocamos el Misoprostol, ya que eso implicaría contribuir en el acto del aborto.

Nuestro modelo de iniciativa sanitaria se basa, justamente, en el asesoramiento para disminuir el riesgo y el daño. Quiere decir que nosotros informamos para que el riesgo sea el menor posible. Para eso interiorizamos a las mujeres; para que, de acuerdo a su edad gestacional, sepan cabalmente cuál es el uso del Misoprostol, qué dosis se necesita, dónde debe colocarse y qué le va a pasar. Todo esto se hace dentro del ámbito de la confidencialidad de la consulta y una vez que la mujer concluye esta etapa vuelve para conversar sobre cómo se siente, cómo le fue y para hacer un diagnóstico clínico cabal que permita comprobar si el proceso ha evolucionado en forma satisfactoria. A su vez, se realiza un ultrasonido final para hacer el diagnóstico de vacuidad de la cavidad uterina. En ese mismo momento, como la consulta es integral, dialogamos con ella sobre los métodos anticonceptivos para que haga su elección. Así, le explicamos cómo se usan para que no vuelva a fallar porque en este país hay un alto porcentaje de embarazos no deseados como resultado de la falla de los métodos anticonceptivos. El problema no es que la mujer no use métodos anticonceptivos, sino que fallan. Se podrá decir que falta información para que la mujer y el hombre los usen bien y es probable que sea así, pero ese es otro tema. Reitero que, en general, la mujer está usando un método anticonceptivo en el momento en que queda embarazada.

Por tanto, este modelo disminuye el riesgo y el daño ante la decisión de llevar adelante la interrupción del embarazo. Así comenzó y así seguiremos hasta que se despenalice el aborto, momento en el cual quizás estos servicios que están preparados para hacerlo puedan administrar Misoprostol a la mujer, lo que terminaría con el tráfico clandestino de medicamentos, del que Uruguay hoy es presa. En la actualidad, estas mujeres se ven obligadas a intentar conseguir Misoprostol en el mercado clandestino y nosotros no podemos dar ese paso porque estamos dentro del marco legal. Entonces, el hecho de que este medicamento no se prescriba, no se dé ni se coloque, habilita a que el mercado clandestino trabaje y lucre con quienes deciden llevar adelante la interrupción del embarazo.

SEÑOR MOREIRA.- Una cosa son los métodos anticonceptivos para prevenir la concepción, la fecundación, y otra es la interrupción del embarazo por métodos farmacológicos, pues desde el punto de vista penal, lisa y llanamente sería un aborto, un legrado. Entonces, me pregunto si esa participación en el asesoramiento y seguimiento posterior no se encuentra en un terreno gris o frágil. Me surge esta duda y quiero plantearla, porque me parece que no es un tema poco importante.

SEÑOR ADRIASOLA.- Es una duda muy legítima, señor Senador.

En primer lugar, ese asesoramiento ha sido validado por la Ley Nº 18.426, que refiere a la Ordenanza Nº 369/04. Debo decir, además, que la dogmática penal ha trabajado mucho sobre el concepto de delito. El concepto de participación en un delito es cuando la persona genera un riesgo; pero cuando la actividad está orientada a disminuir un riesgo que de todas maneras se va a generar, ese concepto de asesoramiento no cuadraría en el de participación en el aborto. En primer término porque el modelo intenta disuadir e informar; se informa a la persona de los métodos menos riesgosos y no se induce al aborto -que sería una de las formas de participación- ni se ayuda moral ni materialmente. Insisto: se le informa cuál es el método menos riesgoso. Por lo tanto, la acción está dirigida no a generar un riesgo, sino a disminuir -y acá viene lo importante- un riesgo que de todas maneras va a producirse. Según el profesor alemán Albín Eser, el aborto es un delito que tiene una peculiaridad de la que carecen otros delitos, que él denomina “dualidad en la unidad”, es decir, que la propia mujer es portadora de los dos intereses jurídicos en conflicto. Históricamente está demostrado que no hay forma de impedir que la mujer se haga un aborto si así lo decide.

En ese contexto -esto es, ya se tomó la decisión y el curso delictivo va a suceder- el asesoramiento consiste en informar cuál es la manera menos riesgosa. En realidad, no se está queriendo inducir a lesionar el bien jurídico vida del embrión, sino que se está queriendo asesorar para proteger el bien jurídico vida o integridad física de la madre. Por eso consideramos que no es una participación delictiva. Por supuesto que desde el punto de vista teórico este tema podría desarrollarse mucho más.

En definitiva, la Ley Nº 18.426 ha avalado ese tipo de asesoramiento si bien ya venía desde el año 2004 con la Ordenanza del Ministerio de Salud Pública.

SEÑORA PEREYRA.- Respecto a la pregunta del señor Senador acerca del modelo de la consulta de asesoramiento -se trata de una consulta médico-paciente- debo decir que está protegida por la confidencialidad. Quiere decir que por más que se trate de tomar conocimiento, el marco de esa consulta está protegido por normas constitucionales y de Derecho Penal: el secreto profesional y la confidencialidad al usuario. Además, como señaló el doctor Adriasola, está recogido en una Ordenanza que actualmente es la Ley Nº 18.426.

SEÑORA LABANDERA.- Quiero decir que la garantía de confidencialidad que se le brinda a la persona es nuestro deber de guardar el secreto. Para nosotros esto es una ley, prima ante todo: le garantizamos a la mujer la confidencialidad a través de nuestro secreto profesional. Este es el principio que rige esta disciplina.

Con respecto al artículo 10 -cuyo *nomen juris es* Garantía- y en lo que refiere a la gratuidad del aborto en particular, queremos dejar planteada la siguiente pregunta: ¿deberíamos darle gratuidad a todo lo relacionado con la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres como derecho a la accesibilidad a ella o incluir este concepto solo particularizado al aborto?

Nos parece que habría que analizar un poco más si se trata de garantizar la gratuidad solamente en el caso del aborto o en todo lo que refiere a la salud sexual y reproductiva, a la ligadura tubaria y a la vasectomía en el hombre. No haremos ninguna afirmación al respecto, pero dejamos planteada la pregunta.

El artículo 11 refiere a la obligación de informar, tema que ya está regulado en la Ley Nº 18.426, que es muy nueva, por lo que mantenerlo en el texto de este proyecto de ley sería reiterar lo que ya establece la norma.

El artículo 12 refiere a la confidencialidad, tema sobre el que ya hablamos ampliamente y con el que coincidimos porque ella está amparada en todas las normas relativas a la salud.

En el Capítulo III "De los derechos y deberes de los trabajadores de la salud", el artículo 13 parte de la versión del aborto quirúrgico como obligación a realizar. Haremos la misma crítica que a los artículos 3º y 9º y dos comentarios adicionales. En primer lugar, aclaramos que el aborto medicamentoso es uno de los adelantos más significativos para la economía de las mujeres y el método más seguro según ha determinado la Organización Mundial de la Salud. En segundo término, coincidimos con lo dicho por la psicóloga Stapff en cuanto a que ignora la conformación de los equipos multidisciplinarios de salud sexual y reproductiva -según la Ley Nº 18.426 y su reglamentación- y lo básico, el ginecólogo o ginecóloga, el obstetra-partera, psicóloga y enfermera, como quien recepciona la entrevista. O sea que no se trata de una interrupción realizada por un médico ginecólogo, sino que está acompañada del equipo multidisciplinario en una mirada o cobertura integral según la Ley Nº 18.426.

SEÑOR ADRIASOLA.- A modo de complemento, quiero señalar que la frase del artículo 13 "La excepción será el caso de salvar la vida de la mujer, donde no se requerirá otra condición que la de título médico", tal como está redactada daría lugar a que se pudiera interpretar que el aborto terapéutico puede ser realizado por alguien que no sea ginecólogo. Pensamos que el espíritu que anima a esta disposición tiene que ver con el médico que actúa en un estado de necesidad, por ejemplo en un medio rural, y realiza un aborto terapéutico porque no hay un ginecólogo al lado. Sugerimos que se aclare que se está actuando en un estado de necesidad, en donde no hay alternativa posible de intervención de un ginecólogo, o eliminarlo lisa y llanamente, rigiendo entonces los principios generales del Derecho Penal.

SEÑOR MOREIRA.- Da la impresión de que el caso más complicado es el primero: habría una menor exigencia para un hecho más grave.

SEÑOR ADRIASOLA.- Por esa razón planteaba la posibilidad de eliminarlo; de ser así, regirían los principios generales de todo médico que actúa en un estado de emergencia. De lo contrario, podría interpretarse que el aborto terapéutico siempre podría ser hecho por un ginecólogo.

SEÑORA STAPFF.- Como complemento de los aportes de mis compañeros, aquí también cabe la aclaración de una duda que quedó pendiente sobre los servicios de salud sexual y reproductiva, porque se quita la persona específica del ginecólogo y pensamos que eso puede generar muchas resistencias en los colegas. En el artículo se hace referencia a "la obligación de realizar la interrupción voluntaria del embarazo" y, como dijimos, eso es algo diferente; en cambio, se puede adjudicar al equipo o a los servicios. Estoy de acuerdo con la doctora Mónica Pereyra en cuanto a que las mujeres acceden a los servicios, pero también estoy en contacto con los que se están implementando en los departamentos de todo el país y puedo afirmar que eso no significa que lleguen a todas las que viven en el medio rural. Estamos trabajando con parteras comunitarias, que representan otros recursos para llegar a todos lados. Por supuesto que con ello no me refiero a que las mujeres tengan que concurrir a Montevideo para asistirse en el Hospital Pereira Rossell porque, justamente, estamos tratando de descentralizar y de que, en función de la ley, esto se extienda a todo el país.

SEÑORA LABANDERA.- Siguiendo el orden cronológico, correspondería considerar el artículo 14, pero ya fue tratado en su oportunidad.

Con relación al artículo 15, referido a las derogaciones, para nosotros no deberían derogarse todos los artículos que se mencionan aquí; entendemos que el 325-bis -relativo al aborto ejecutado con colaboración de un tercero- tendría que seguir existiendo a los efectos de poder penalizar las prácticas clandestinas. Asimismo, debería mantenerse la figura del aborto calificado con resultado de muerte o lesión, porque el hecho de que el aborto sea legal o el concurrir a una clínica para su ejecución, no garantiza la calidad de la prestación. A nuestro juicio, esto constituye una medida de protección. Nos parece importante resaltar este concepto.

SEÑOR ADRIASOLA.- Brevemente, quiero señalar que, aun en los países que han optado por la solución de los plazos -que es la que se propone en este proyecto de ley- el aborto clandestino continúa existiendo. Por múltiples razones -me atrevería a decir que una de ellas es el caso de la adolescente, en el cual se debe establecer la judicialización del permiso para abortar, uno de los mayores riesgos para optar por el aborto clandestino- el hecho de liberalizar el aborto dentro de un determinado plazo no es garantía automática de que no se recurra a él en forma clandestina. Lo que queremos explicar es que, dejando vigente solamente el artículo 325 referido al aborto sin consentimiento de la mujer, en los hechos, estaríamos despenalizando a quienes realizan abortos fuera del sistema de salud e, incluso, quedarían sin efecto los delitos de aborto con resultado muerte o lesión, es decir, los practicados en clínicas clandestinas.

En caso de que el Parlamento entienda adecuada la solución de los plazos, nuestra opinión es que no sería incompatible con un proyecto de ley de esta naturaleza derogar el artículo 325 porque la mujer es sujeto activo del aborto, pero debería mantenerse vigente el 325-bis y aquellas disposiciones que penalizan la práctica de un aborto clandestino con resultado muerte o lesión de la mujer. De lo contrario, se crearía un vacío, impunidad y no habría ninguna sanción para las clínicas clandestinas porque, aun cuando prosperara este proyecto de ley, la realidad indica que el sistema clandestino de abortos no desaparece.

SEÑOR MOREIRA.- Estaba pensando en el caso de una mujer que pretende interrumpir su embarazo luego de las doce semanas de gestación y no presenta ninguna de las situaciones que le permitirían su práctica legal. ¿Esto encajaría en la figura del aborto ejecutado con colaboración de un tercero? Por ejemplo, si existiera el consentimiento de la mujer para realizar un aborto a las quince o dieciséis semanas de gestación, ¿a qué figura delictiva se ajustaría ese procedimiento?

SEÑOR ADRIASOLA.- Si participa un tercero, hoy día encuadraría dentro de los artículos 325 y 325-bis. Creo que la pregunta que formula el señor Senador es muy atinada; es importante saber qué va a suceder en esos casos. La mujer que aborta a las quince semanas -no por temas terapéuticos ni por violación, ni por ninguna de las hipótesis previstas en la ley- con esta redacción quedaría impune. Si siguiera vigente el artículo 325-bis también quedaría impune, pero en ese caso se puniría a aquellos que provocaran el aborto.

Ahora bien, queda planteado este tema que es interesante analizar. Desde el momento en que la realidad ha cambiado y el aborto farmacológico es un hecho, este proyecto de ley va a tener que lidiar con la realidad de que puede haber casos en los que no participen terceros en el aborto y la mujer acceda igualmente al misoprostol en el mercado clandestino, fuera del plazo de las doce semanas.

Estos son efectos colaterales de las leyes, pero existen. Es indudable que un efecto colateral de informar a las mujeres acerca de que el método farmacológico es el menos riesgoso ha sido el tráfico ilegal y clandestino de medicamentos.

SEÑOR MOREIRA.- Otra hipótesis sería el caso de una mujer que, con catorce semanas de gestación, recurriera a un prestador privado o público para que le interrumpiera el embarazo.

SEÑORA PEREYRA.- En ese caso, el prestador no estaría habilitado.

SEÑOR MOREIRA.- Entonces, estaría obligada a recurrir a un tercero o al misoprostol.

SEÑOR ADRIASOLA.- De ser así, estaría actuando fuera de la ley y de ahí surge el tema de castigar a quien colabore en el aborto. El artículo 325-bis no solo castiga a quienes cooperan en actos materiales, sino que también atraparía a aquel que proveyera el misoprostol a una mujer que quisiera interrumpir un embarazo de catorce semanas.

SEÑOR MOREIRA.- De esa forma, seguiría siendo un delito.

SEÑOR ADRIASOLA.- Así es, señor Senador.

Por esa razón sugerimos mantener vigente el artículo 325-bis y también el artículo 326.

SEÑORA XAVIER.- Todo este capítulo de la penalización es muy complejo; sin duda, también es anacrónico tener una ley que establece que es delito en todas las hipótesis cuando, en algunos casos, no es posible comprobarlo.

En la actualidad, hay cosas que no se pueden confirmar con un procedimiento farmacológico.

Me parece que hay que *aggiornar* toda la normativa que refiere a este tema. Queremos que nos hagan llegar todas sus sugerencias porque, además de tener pendiente en esta Legislatura el capítulo del nuevo Código Penal para todos los delitos -espero que la deuda se salde- este capítulo, en líneas generales, no ha tenido aportes por parte de quienes han pensado ese nuevo Código, justamente por lo polémico de la temática y por desconocer cuál sería la orientación que el Parlamento tomaría con relación a este tema.

No es lo mismo la Ley de 1938 que la que se aprobó y fue votada por el Poder Ejecutivo en la Legislatura pasada. Es importante que pensemos en todo este tratamiento para tener la norma más justa posible.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si no hay más comentarios, agradecemos su presencia en esta Comisión y les sugerimos que nos hagan llegar sus opiniones con respecto a la redacción para poder tomarlas como material al momento de analizar y reformular el proyecto de ley.

Muchas gracias.

(Se retiran de Sala los representantes de Iniciativas Sanitarias.)

SEÑORA XAVIER.- Señor Presidente: propongo que el señor Representante Amado sea invitado a participar en las sesiones de estudio de este proyecto de ley, dado que es proponente de la iniciativa en la materia.

SEÑOR PRESIDENTE.- De acuerdo, señora Senadora.

No habiendo más asuntos, se levanta la sesión.

(Es la hora 19 y 14 minutos.)